○石丸医事課長補佐　それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医療従事者の需給に関する検討会 第24回医師需給分科会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は、大変お忙しい中、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

初めに、構成員の本日の御出欠について御連絡をさせていただきます。

戎構成員、裴構成員、松田構成員、三根構成員、森田構成員からは、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

堀之内構成員と本田構成員から、途中から御出席、13時30分ごろと御連絡をいただいております。

北村構成員からは、所用により途中で御退席との御連絡をいただいております。

また、北波総務課長は、所用のため途中からの出席となります。

吉田局長は、本日、欠席になりますので、御了承いただければと思います。

次に、資料の確認をさせていただきます。

本日、この議事次第の下に、資料１、資料２、資料３と横向きの資料が３つと、参考資料１、参考資料２と縦向きの資料を２つ御用意させていただいております。

不足する資料、乱丁・落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、ここでカメラは退室をお願いいたします。

（カメラ退室）

○石丸医事課長補佐　それでは、以降の議事運営につきましては、片峰座長にお願いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、よろしくお願いいたします。

○片峰座長　それでは、議事の進行をさせていただきます。

本日の議題は、先回の議論を受けまして３つございます。

１つは「医師確保計画における医師の確保の方針について」、２つ目は「医師偏在対策の実効性の確保について」、３つ目が「地域枠の状況等について」であります。これは別個に、順に３つ、それぞれ御議論いただくことになりますので、御協力をよろしくお願いいたします。

それでは、最初の「医師確保計画における医師の確保の方針について」、事務局より資料に基づいて御説明をお願いいたします。

○松本地域医療計画課長補佐　事務局でございます。

資料１をごらんいただければと思います。「医師確保計画における医師の確保の方針について」でございます。

２ページ、前回もお示ししましたが、医師確保計画の全体像でございます。まず、上から２つ目の四角、おさらいですが、今までの議論で医師偏在指標をつくって、医師多数区域・医師少数区域は一定の割合で定めましょうということが、前々回、おおむね了解をいただいたところです。その下に行っていただきまして、医師確保計画、左・真ん中・右と

３つございますけれども、前回の議論は、真ん中の目標医師数について、右側のそれを達成するための施策について御議論いただき、おおむね合意をいただいたところと認識しております。今回は、医師確保計画の一番左です。「医師確保の方針」について御議論いただくということでございます。

３ページ、偏在対策の一覧をおさらいで載せております。

４ページ、これは前回のおさらいでございます。おおむね合意をいただいたと認識しておりますが、目標医師数の基本的な考え方を少しおさらいしておきたいと思います。三次医療圏が上、二次医療圏が下となってございますけれども、いずれも似たような考え方でございまして、下位○％より下が少数になりますけれども、この線までは達するような最低限の医師数、それを達成するような医師数を目標医師数として、そこまでの確保を図ることが目標医師数の考え方になるということでございました。これは前回のおさらいです。

５ページ以降、今回の議論で、医師確保の方針についてどうしていくかということでございますけれども、考え方はシンプルでございます。

５ページ、基本的な考え方でございます。３つ基本的な考え方がありまして、シンプルです。１つ目は、まず、優先順位はございますので、少数区域、少数三次医療圏に関して、医師を多くしていく、ふやすことが基本になるということが１点目のポイントでございます。２点目、当然少ないところには多いところから医師を持ってくることが望ましいということでございます。２行目、「例えば」のところにございますけれども、医師多数の三次医療圏内に仮に少数区域がある場合、中は多数三次医療圏なのに当該三次医療圏の外から持ってくるということは望ましくない。そのような方針とならないよう、医師の多寡の状況をきちんと考えて、外から採ってくるのか、中でやるのかということを定めるということが２つ目のポイントです。多いところから少ないところへという流れを確実にすることが２点目のポイントです。さらに、３点目でございますけれども、これは時間軸でございまして、今すぐに必要なパターンなのか、それとも将来的に必要なパターンなのかということが違いますよね。時間軸の差異によってとるべき対策が異なるから、場合分けをしましょうということが書いてございます。この３点です。少ないところはふやすということが１点目、少ないところは多いところから持ってくるということが２点目、３点目は今すぐなのか将来なのかという時間軸の違いを分けましょうという、３つの大きなポイントに沿って考え方を整理していきたいと考えます。

６ページ、場合分けをお示ししておりまして、後ほど案を御説明しますが、まず、場合分けです。これは三次医療圏ですけれども、少数三次医療圏なのか、中程度なのか、多数なのかということで場合分けができるでしょうということでございます。この中程度というのは、前回まで出てきていませんけれども、これは少数と多数のどっちでもない、その間ということで「中程度」という言葉を使わせていただいております。今回、通して「中程度」という言葉が出てくるので、御注意ください。多いのか、少ないのか、中程度なのかというところの場合分けで、違いますよねということを御確認いただきたいところです。

７ページ、現在と将来の違いでございます。左側と右側に例を出してございますけれども、左と右の共通するところは現在時点でございまして、どちらも現在時点は不足しているところが明らかです。しかしながら、左側に関しましては、将来は医師供給と必要医師数が均衡しますので確保の必要はないということに対しまして､右側のＥ県ですけれども、将来もやや不足するということで将来も確保が必要というところで、現在は両方とも不足ですけれども、左側は将来は不要、右側は将来も必要ということで、現在の多寡と将来の多寡は違いますよねということを問題提起しているということです。

８ページ、前回のおさらいでございまして、考え方が複雑なのでもう一度おさらいしますけれども、前回申し上げました供給推計の考え方でございます。下のところに３つのポツがございまして、１つ目のポツなのですけれども、供給推計につきましては、マクロの考え方が当然あるのですけれども、都道府県ごとに、就業者の増減、いわゆる定着率が違うという考え方で想像いただきたいのですけれども、この定着率の違いは県によって違いますので、これが将来も県ごとに継続するということで推計するということが１つ目のポイントです。ただ、国全体の数は決まっていますので、マクロ推計と整合するような調整は必要ということが１点目です。２点目なのですけれども、不確実性があることから幅を持った推計とするということで、１本の推計ではなくて幅を持たせますということが２つ目です。３つ目のポツで重要なことが、１と２がベースなのですけれども、地域枠に関した医師の推計は当然定着率が全然違いますので、これは別途推計をするということで、将来の医師供給推計をするということを前回おおむね合意をいただいていますけれども、おさらいで載せています。

９ページ以降、先ほどの基本的考え方と場合分けの問題提起を踏まえまして、医師確保の方針の案について御説明したいと思います。

10ページ、今、申し上げたような２つです。そもそも三次医療圏で多いのか少ないかということが１点目。２点目は、現在少ないとか現在多いという話と将来の話の２つに分けましょうと。これを組み合わせるということで、医師確保の方針を定めたいと考えています。

11ページ以降、御説明していきます。

12ページ、三次医療圏の多寡という軸をお示しした１点目の論点なのですが、これによって方針を変えましょうということです。具体的には、まず、医師少数三次医療圏です。１行目ですけれども、これはほかの医師多数の三次医療圏から医師の確保ができますということにしてはどうかと考えています。図で言えば、左側です。医師少数のＡ県で他県から呼び寄せる必要がありますということでございます。上の表に戻っていただいて、中程度の場合は、その三次医療圏の中に医師少数区域が存在する場合には、これも必要に応じて、必ずではないのですが、ほかの医師多数三次医療圏からこの少数区域に確保ができるということにしてはどうかということでございます。図で言うと真ん中でございまして、中程度であれば、ほかの県から少数区域には呼ぶことができるというものでございます。

３つ目ですが、医師多数医療圏でございまして、ほかの三次医療圏から原則医師の確保を行うという計画は立てないということでございまして、下の図で言えば一番右側で、ほかの三次医療圏から確保するという計画は立てないということでどうかと思っております。

13ページ、それを図にしてございまして、列で区切って左・真ん中・右とありまして、これが少数・中程度・多数の三次医療圏でございまして、上下の行に分かれていて医師少数区域が中に二次医療圏単位であるかどうかで場合分けという図でございます。

14ページ、次に、２つ目の論点といたしました、現在なのか将来なのかというところでございます。

15ページ、これも、シンプルなのですけれども、現在時点の多寡に対して、少なければ短期的な政策で対応するということが１点目です。２点目、将来に関しましては、将来は少ない、ふやさなければいけないということであれば、短期的な施策の積み上げと長期的な施策の組み合わせで対応していくということでございます。短期とか長期という言葉は、次のページでおさらいしておりますので、後で御説明したいと思います。15ページを続けますけれども、先ほどのように左・右で状況が異なりますということで、左側のＤ県は現在少なくて将来は足りるということで、こちらは短期的な施策を現在使うということと、将来的に長期的な施策は用いないということで、例えば、地域枠とか地元出身者枠は不要になる状況かと思います。右側に関しましては、Ｅ県ですけれども、現在も将来も足りないということで、当然医師をふやす方針なのですけれども、短期的な施策を用いるし、長期的な施策も用いるということで、地域枠や地元枠のような設定が必要になってくるということでございます。

16ページ、前回、長期と短期の組み合わせでこうなりますよねというイメージをお示ししたのですけれども、これはどういうものかといいますと、現在の医師数を書いてありますが、真ん中・右が重要なので、右側をごらんください。左側の図ですけれども、将来時点における医師供給推計が真ん中にありまして、右側に将来時点の必要医師数があって、ギャップがございます。このギャップを埋めなければいけないということで、右側にございますけれども、中身を分解した上、将来時点の医師数と医師供給推計のギャップについて、一定程度、短期的な施策で対応、つまり、医師派遣とか定着促進など養成のように時間がかかるもの以外の施策でちゃんと対応しましょうというものが上半分、その差分の下半分ですが、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請という長期的な施策で対応するというイメージのおさらいになります。

17ページ、それを図にしたものでございまして、左側のラベル、将来で少数なのかそうでないのか、上側のラベル、列分けですけれども、現在において少数なのかそうでないのかによって、長期的な施策、短期的な施策の組み合わせになっているというところでございます。

18ページ以降、ここまでが三次医療圏でやる場合でございまして、こういう原則で方針を立てていただくわけですけれども、同じようなアナロジー、ほとんど同じなのですけれ

ども、二次医療圏のお話でございます。

19ページ、ほぼ同様の考え方で整理したいと思っています。

21ページ、これは二次医療圏の医師の多寡でございますけれども、同じでございまして、まず、医師少数区域、左側の図ですが、他の医師多数区域から医師の確保を行うということで、これは二次医療圏単位ですので、県内の調整もあれば三次医療圏で見て少なければ県外からも確保できますねということになろうかと思います。次に、真ん中、医師中程度区域でございますけれども、必要に応じてほかの医師多数区域から医師の確保ができるということでございます。当然多数区域からいただいてくるわけですが、これも県で見たときに、多数の三次医療圏であれば県内で何とかしなければならないわけですけれども、県が多数の三次医療圏ではない場合は、ほかの県から確保を行うことも、この少数区域に関しては可能になるというわけですね。医師の中程度区域に関しては、三次医療圏内で基本的には調整することが原則になってきます。ほかの県から確保するのは、医師少数区域に対してということが原則ということを先ほど御説明いたしました。一番右側の医師多数区域でございますけれども、二次医療圏外から医師の確保を行う計画は立てないでいただくということでございます。

22ページ、それを図にしているものでございます。

23ページ以降でございますけれども、現在と将来の違いということです。

24ページ、先ほど申し上げましたように、左は現在は不足しているけれども将来は足りるということでございまして、右側は現在も将来も不足で、右側は短期に加えまして長期の施策が必要になるということでございます。

25ページ、この現在・将来のマトリックスでございますけれども、左側のラベルが将来、上側についているラベルが現在で、この組み合わせで、短期の施策だけでいいのか、長期の施策が必要なのかということが場合分けをされているものでございます。

26ページ以降は、二次医療圏よりも小さな単位、地区でございます。これも今までるる整理してきたわけでございます。

27ページ、これは医師少数区域よりも小さいところで医師の確保を特に図るべき区域につきまして、名前をつけたいと思いまして、「医師少数地区」と呼ぶことにさせていただきたいと思います。これは、※にもありますように、条件に合う地区があったとしましても、医療提供体制の状況を勘案して地区を定めないことも可能となることを申し添えておきます。下のところは、前々回、第22回のおさらいなのですけれども、○が３つございまして、１つ目ですけれども、医師確保対策は二次医療圏が基本となるのですけれども、実際、二次医療圏の中に小さい区域で対応が必要なところがありますということでございます。２つ目の○にございますように、法律上「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けているところでございます。この中には、少数区域ももちろん含まれますけれども、その他、厚生労働省令で定める区域をつくることができまして、ここにつきまして、少数地区という名前をつけてはどうかというところでございます。３つ目の○にその中身

がございますけれども、医師少数地区につきましては二次医療圏よりも小さい区域とするということでございまして、都道府県が地域の実情に応じて設定できるよう、もともと議論に上がっていました無医地区、準無医地区、この中にはへき地診療所を設置すると無医地区、準無医地区ではなくなるという制度の設計がありますけれども、へき地診療所を設置した後ももちろん設定できますということになるのですが、それに加えまして、都道府県知事が大臣に協議の上で定めることも可能ということになっておりました。

28ページ、これについてどういう確保の方針にするか。基本的な考え方としまして、１つ目のポツのところなのですが、少数地区は二次医療圏よりも小さい単位でございますので、区域と同様の考え方で整理をしたいのですが、短期的な施策を中心にしてはどうかと考えています。無医地区で働くための地域枠よりも、派遣などを中心にしてはどうかということでございます。マル１、マル２とございまして、これも先ほどまでと同じように、県全体が多数の三次医療圏の場合はその中での調整とすることが原則でございます。２番目ですけれども､県全体が医師少数三次医療圏だったり中程度の三次医療圏だった場合は、三次医療圏外からもこの地区に医師を確保することも可能ですということにしてはどうかと考えています。なお、非常に重要なポイントといたしまして、２つ目のポツですけれども、医師少数地区における診療体制につきましては、地域医療構想との整合性を図っていただきたい。医師確保計画全体が地域医療構想と整合性を図るということは当然なのですけれども、特にこの少数地区に関しましても地域医療構想とよく整合をとっていただきたいということでございまして、つまり、構想にはないような病院とか診療所を新たにつくったりとかということは余り望ましくないのではないかということも含まれていますけれども、それよりは移動診療等を活用して偏在対策を進めていくほうが適当ではないかと考えております。

29ページ、御参考でございます。

30ページ以降、留意事項でございまして、これはあくまでも例外でございまして、こういうものが多数出てくることは、事務局としては全く想定していないのですけれども、柔軟性の確保という観点から留意事項をつけさせていただいております。

31ページ、３つのポツがありまして、１つ目のポツですが、二次医療圏の確保の方針ですけれども、三次医療圏内の医療提供体制の確保の観点から、機械的に医師偏在指標上は少数区域というところでも指定しないことも可能です。先ほど申し上げましたように、地域医療構想で医療提供体制をどうするか。特に病院、有床診の体制を考えているわけですので、機械的に少ないところに呼ぶというところではなくて、将来どういうふうに病院・診療所を配置して、地域の医療を守っていくかということを県全体で考えているわけですから、それと合わせる。整合していくようにしましょうということでございます。ただ、その調整におきましては、２つ目のポツでございますけれども、少数の三次医療圏につきましては、二次医療圏ごとの確保の方針を踏まえまして、合計が三次医療圏の目標医師数を超えないように、二次医療圏の目標医師数の設定はしていただくということで、柔軟に

はしていただきたいのですが、三次の目標医師数を超えるというアンバランスが起きないようにはしていただくということでございます。多数・中程度の三次医療圏につきましても、合計が超えないようにというところは同じでございます。

32ページ、一番最後にも、例示ということで、これも例外的なところなので、なかなかないと思うのですけれども、Ｆ県という医師多数三次医療圏につきまして例示をしています。左・右は考え方ですけれども、左側は機械的に算出したらこうですということなのですが、右側は、要は、右下にあるクの医療圏ですけれども、機械的に見ると医師少数区域に該当するのですけれども、こちらにつきましては、クの医療圏に医師を集めるのではなくて、隣のカとかキに医師を集めて、例えば、高度急性期はそっちで対応するとかという形にして、機械的にクの医療圏に医師を集めるのではなくて、隣接するところに手厚く配置をして、クの医療圏の分も面倒を見るというものが、地域医療構想と整合する形であれば可能ですよねということを例示として挙げさせていただいているものでございます。

以上で、「医師確保計画における医師の確保の方針について」の御説明を終えさせていただきます。

○片峰座長　ありがとうございました。

それでは、御議論をお願いいたします。

どうぞ。

○羽鳥構成員　非常にわかりやすくなったと思います。ただ、具体的な都道府県名とか二次医療圏名がないと具体的な医師不足、科の偏在のイメージが湧かないなというところもあるので、可能だったらその点もお見せいただけたらと思います。

15ページ目の地域の状況、Ｄ県、Ｅ県で、例えば、Ｄ県の場合、将来は医師は足りるということだと思うのですけれども、この場合、長期的な施策を用いない。今はすべての都道府県で地域枠を設けていますが、、この県は将来は地域枠は不要と考えるということですよね。

もう一つ、例えば、東京都みたいに13の大学があって、東京都は総数で見ると多分このＤ県の状況になるかと思うのですけれども、東京都の13大学は地域枠は今後設けないということになるのでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐　具体的な御指摘をありがとうございます。

15ページが三次医療圏の現在・将来の比較になっておりまして、飛ぶのですけれども、24ページが二次医療圏の現在・将来でございます。15ページで、Ｄ県は三次医療圏で見ると将来足りるように見えますということなのですが、それが域内の二次医療圏全てが将来足りるということを必ずしも意味しないと考えておりまして、24ページを見ると、県内に少数区域がありますということになろうかと思います。その場合は、地域枠を県内の調整の中でつくって、少数の区域、二次医療圏単位では配置の調整を行うという考え方は十分に残っているとは考えております。

○羽鳥構成員　わかりました。一県一大学の県ですと結構わかりやすいかと思うのですけ

れども、一つの県に複数の医系大学あるいは別のスキームも必要ではないかと思いました。
○松本地域医療計画課長補佐　補足をさせていただきますけれども、前回地域枠の議論をさせていただいたときに、必ずしも地域枠というのは県内の医学部だけに設定されるものではないと。「県またぎ」という表現をさせていただきましたけれども、他県の医学部にお願いして、こっちの県に将来働く地域枠をつくるというのも案としてありますよねということを確認させていただきました。複雑になるよねということはまさにおっしゃるとおりで、そういう県またぎの枠は、今、先生がおっしゃったように、複雑化していきますので、地域医療対策協議会にも適宜うまく出席して、調整していただきたいと思っていますけれども、そういう方策もあるにはあるということだと思っています。
○今村構成員　ありがとうございます。
まずは、全体としてのこの確保の方針については賛成をさせていただきたいと思います。
それを踏まえて、次の実効性の確保のところの話になるのかもしれないのですけれども、三次医療圏間の調整という話になると、恐らく三次医療圏が県内に複数あるところは多分北海道だけで、それ以外は都府県になるとすると、医師少数三次医療圏に対して医師多数医療圏から医師を確保するといったときに、実際上、どういう調整をすることになるのか。例えば、ある地域がおおむね周辺も全部不足の三次医療圏になっている。それでは、多数のところから医師をどのように持ってくるのかというと、相手側のある話ですよね。大概のところは、今でも相対的に多数の医師がいるというところでも、いや、医師は不足しているというようなことを結構言われることがあるので、そういう調整について現実的になかなかイメージが湧かない。何か具体的な調整機能みたいなものが発揮できるようなことをお考えになっているのかどうか、教えていただければと思います。
○片峰座長　答えられますか。
○松本地域医療計画課長補佐　前回の資料の中でも御説明しましたけれども、前回の23回でいう資料２、18ページでございますけれども、傍聴の方は申しわけございません。基本的には少数区域で働いたことを認定する制度との組み合わせになってくるのですけれども、全国でそのようなニーズを調整して少数県に流していくというデータベースを構築して調整する仕組みは、１つ、考えているところでございます。
○今村構成員　これは厚生労働省がそういう調整を行うというイメージでしょうか。
○松本地域医療計画課長補佐　まず、厚生労働省でデータベースは構築させていただきたいと考えておりまして、調整は厳密には各自ということになるのですけれども、国としてどういう支援ができるかについては、もう少し具体的に考える余地があるかもしれません。
○今村構成員　そこがとても大事だと思っています。データはあって、それで、ある県は自分の県内で医師確保計画をつくって、県内ではとても無理なので、よその県からお願いしなければいけないといったときに、具体的にどの県にお願いするかとなると、非常に調整が現実的には難しくて、そこが機能しないと意味がなくなるのではないかと思うので、その辺は本当にしっかりとした仕組みをつくって考えていただけたらありがたいと思いま

す。
○片峰座長　神野先生。
○神野構成員　26ページ、27ページの医師少数地区の話であります。三次医療圏、二次医療圏の話はよくわかりましたので、基本的には賛成させていただきますけれども、この医師少数地区の扱いで、恐らく医師少数地区は、ここにもあるように、無医地区とか準無医地区を想定しているとするならば、今の日本の社会の人口減少の中で患者少数地区であることも言えるのかなと思うのです。
　そうすると、この医師少数地区における医師確保のスキームということになると、28ページには「移動診療等も」と書いてありますけれども、これは前々回のこの会でもいろいろな構成員から出てきましたけれども、ここはこれだけではなくて、ITとか、ここにはもう少しいろいろな従来のスキーム以外のものを入れなければ対応できないのではないかと思います。なので、この医師少数地区のことについては、もう一工夫必要なのかなと。あと、診療科のあり方とか検討すべきかなと思います。
○片峰座長　はい。
○平川構成員　平川ですけれども、５ページ目の基本的な考え方の２番目の話です。多いところから少ないところに持ってくるという表現がありました。これは先ほど今村先生もおっしゃったけれども、どうやって持ってくるのか。この今の日本、それも相手はドクターですので、インテリジェンスのある人たちを駒のように持ってくると。例えば、最近、私のところの病院も、東京ですけれども、医者が足りなくなりまして、あるブローカーにお願いをして石川県の先生を紹介していただいたのです。その先生はいらっしゃるかどうかで迷っていらっしゃるところなのですけれども、先ほどのスキームでいくと、東京、京都、徳島は多いわけですから、受け入れられない。そうすると、その人は来られないということになるのでしょうか。具体的にその辺がよくわからないので、教えていただきたい。
○松本地域医療計画課長補佐　きょうの確保方針につきましては、都道府県単位で定める医師確保計画の中の方針の話をしているということで、要は、個々の医療機関の医療活動の中での医師の確保の話ではなくて、都道府県単位で医師確保計画を運用していく上で、大まかにどういう方針を立てるかということの議論をしているということでございます。
　ですので、個々の、例えば、東京に位置する全ての医療機関がこれをしてはいけないとかというものというよりは、その都なり県なりが医師確保計画を、行政単位、県の地域医療対策協議会と協力して施策を進めていく上で、医師多数の三次医療圏なのにほかから持ってくるという方針を県を挙げて立てるのは、それは少し違うのではないですかというところを申し上げているのでありまして、個々の活動について必ずしも何か制限を加えたり禁止をするものではないという認識でおります。
○権丈構成員　３点ほど、感想めいたこと。本当は１つは質問だったのですけれども、今、謎が解けましたので、それは感想に最後として述べさせていただきます。
　恐らくといいますか、医師がまだ絶対数でふえている段階と、ある程度、我々が医師数

はここでピークを迎えると考える段階の調整の仕方は全然違ってくると思うのですね。だから、このふえていく人たちをどこに優先的にという議論をこの前はしていたのではないのかということがありますので、いずれそれが今度はふえていかなくなってくるということは、私などは年金を経験していますので、パイがふえているときには非常に調整しやすいのですけれども、パイの増加がストップをしてあるいは小さくなっていく段階に入ってくると大変なことが起こってくることになりますので、なるべく早目に解決しておいてもらいたいとは思っております。

もう一つのところは、「地域」と「地区」という言葉がこれから先に使われていくことになったようですけれども、これは恐らく混乱するでしょうねということがあります。年金の世界で私は、「支給開始年齢」という言葉の意味が違うんだとかと言うように、いろいろな言葉を説明していかなければいけないけれども、その言葉自体が意味を持ってしまっている言葉がひとり歩きしていくと、「地域」と「地区」ということを本当に正確に誰かが議論できるようになるのだろうかというとちょっと心もとないものがあります。全く意味がわからない、「SPOT」とかという言葉もありましたけれども、調べないと意味がわからないというぐらいのもののほうが、かえってこういうものは後々議論が整理しやすくなっていくのかなという気もしております。

もう一点、これは、今、謎が解けたのですが、12ページと21ページ、三次医療圏と二次医療圏というところで、どこにも「計画」という言葉が使われていないのだけれども、一番最後の右側になってくると、「二次医療圏外からの医師の確保を行わないこととしてはどうか」という、これが両方とも、二次医療圏も三次医療圏も、説明のときには「計画を立てない」になっていくわけですね。これは何が一体違うのかなと思ったのですけれども、都道府県の中での計画を、その中ではこれをやらないというようにしてくださいという意味に解釈して、この文章そのものだったらば、多くの人がこれは個々の病院の中でやってはいけないのかと受けとめるということを少し恐れて、心配して、説明の段階で、今、ここは計画を立てないということを、この２つのページで、最後のところは切りかえていかれたと理解してもよろしいでしょうか。

○片峰座長　どうぞ。

○山口構成員　私も、方法はともかくとして、方針についてはおおむね賛成したいと思います。

１つ確認なのですけれども、27ページ、この今の医師少数地区が出てくるところですけれども、その下の※で、医師が少ない地域があったとしても「医師少数地区」を定めないことを可能にすると書いてあって、これの受けとめ方ですけれども、配置の必要がないから定めない、逆に言えば、定めたいところを定めると考えてよろしいでしょうか。ここはこれから先に需要がないから、少数だけれども少数地区とはしないという判断をそれぞれにしていいと読めばいいのでしょうか。ここが具体的にわからなかったのです。

○松本地域医療計画課長補佐　これも後から出てきますような医療提供体制の考え方で整

理をするというところと同じでございまして、都道府県としまして、二次医療圏の施策で十分というか、それで対応するので、地区と定めるということはあえては行わないという趣旨でここに記載しております。

そう申しますのも、前々回、第22回でこの場でかなり強い御議論があったと認識していますけれども、無医地区や準無医地区が医師多数三次医療圏・二次医療圏にも多数設定されていて、一体これはどういうことかと、政策上も整理が必要ではないかという御指摘をいただいているところですので、もう少し詳しく整備をしてもいいのかもしれませんけれども、提供体制でどうするかということがそもそもあるということが重要な考え方ではないかと考えているためでございます。

○小川構成員　総論的には全体的にいいのではないかと思うのですけれども、ただ、先ほど平川先生から御指摘いただいたことに対する回答なのですが、二次医療圏にしても、三次医療圏にしても、それを構成しているものは、診療所であり、病院なのです。ある病院のお医者さんが少なくなって、経営が成り立たなくなるから別のところから多数地区なのだけれども持ってくるということを認めてしまったら、全体のスキームが崩れてしまうのではないですか。それはないのではないかと思うのです。あくまでも二次医療圏・三次医療圏で多い・少ないというところでやらなければ、その原則を崩したら、もうないですよ。病院が個々で、うちは多数地区だけれども、病院としては足りないから少数地区から医師を持ってくるということが許されるのだったら、これはやっている意味がないではないですか。

○松本地域医療計画課長補佐　御指摘をありがとうございます。

考え方としまして、そういうところに関しても細かく規制すべきではないかという議論につきましては、小川構成員だけの御意見ではなく、さまざまな有識者からもお伺いするところでございますけれども、個々の医療機関に関しまして医業を行っていただいているわけでございますので、その一つ一つの医療機関に対して、どのような規制的な手法とか考え方と実態的な規制なりディスインセンティブを設けられるのかどうかということもあると思うのです。そもそも可能なのかどうかという議論がかなり大きなところを占めてくると思いますけれども、この需給分科会でもどのような御意見があるのかということを伺って、今回の施行に向けての議論だけの話ではないかもしれませんけれども、御意見をよく伺ってということにはなるかと思います。ただ、実態上、我が国の規制の体系の中でどこまでできるのかということはちゃんと考えなければならないことだとは思っております。

○片峰座長　今、おっしゃったような原則の問題と、実際に運用するところのギャップの話がありますよね。特に、今は原則の議論ですからこれでいいのだと思うのですけれども、ちょっと気になるのは31ページで、要するに、データ的には医師少数区域であっても、都道府県の判断で医師少数区域としないことも可能と書いてありますよね。こういったことはほとんど起こらないだろうという御見解だと思うのですけれども、その根拠のところもお伺いしたいのですが、これの解釈を拡大すると基本的な原則が崩れてしまうリスクがあ

るのではないかという気もするのですが、そこはどうですか。
○松本地域医療計画課長補佐　ありがとうございます。
　このような30ページ、31ページ、32ページと例外的な取り扱いの留意事項を御説明しているわけでございますけれども、あくまで例外的でありまして、今、座長からの御指摘にもありましたけれども、どういうふうに担保されるのかということで、一つの考え方としましては、地域医療対策協議会とか医師確保計画につきましては、全てつまびらかに世間に公表されるわけでございまして、県民の皆様なり市民の皆様が納得できるような内容になるのかということはかなり厳しく見られるのではないかということで、行政側の説明責任はかなり重くのしかかってくるのではないかと考えています。それでもなお、要は、県民の意向に沿わない形で医師確保計画が連綿と続いていくという御指摘などがあるようでしたら、次の資料２のところに実効性の確保ということでPDCAの話を載せていますけれども、もし全国的にうまくいかないとか特定のところがうまくいかないというものがかなり明らかである場合は、その計画が回っていく中で早目に手を打つ必要があるのだと思いますけれども、一義的にはかなり強い説明責任を都道府県は負うのではないかと考えておりまして、例外的な取り扱いをした際の対議会とか市民への説明に関しては、かなりきっちりしたもの、合理的なものが求められていくのではないかと考えております。
○片峰座長　どうぞ。
○権丈構成員　今のところで、私はこの31ページ、32ページは評価していたところでございまして、今の説明のように、長期的に考えていくと、コンパクトシティということも考えていかざるを得なくなってくるのかなということがこの国にはあるのですね。今、住まわれているところをずっとそこでという形でずっと運営していくということはなかなかきついものが出てくるかもしれない。だけれども、こういう形で少数区域になっていますよという人たちに対して、医療のアクセシビリティーはしっかりと担保していきますという責任が知事のほうに来るわけで、地域医療計画を立てて、医師確保計画を両方立てていくという責任がこれから知事のほうに出てきますので、そういう中で、よほどしっかりと説明しないことにはこれはできないのですけれども、やっていかなければいけないところになっていくのかなということがありますので、この形で数字を出していって、ちゃんと明示をして、それに対してみんなで合意を得るための説明をしていくというプロセスがしっかりと組み込まれていれば、いい方向に向かう規定ではないかと思っています。
○堀之内構成員　堀之内でございます。
　私も同じところが気になっていまして、今、御意見をいただいたことと方向性は同じなのですけれども、これは働く側からすると、お医者さんのほうからすると、結構いい。集約化されて、タスクシェアができて、なおかつ国民の皆さんからのアクセスも担保されるという、ウイン・ウインの方向に向かう可能性があるところです。懸念点としては、今の段階では結構例外的に捉えられていまして、今村先生がおっしゃったように、これをよい方向に発展させるときの仕組みみたいなものが欠けている。例外事項として認めますよみ

たいなものよりは、むしろその中から好事例とかがあればそれをより普及させていくみたいな観点も付加してもいいかなと思っております。
○松本地域医療計画課長補佐　まさに堀之内構成員から御指摘いただいているようなところをPDCAの中で生かしていくために、ある程度、短目の計画期間が切ってあって、回っていくということがあるのだと思いますけれども、殊に医療提供体制で、例えば、二次医療圏で全く完結しないようなところに関しましては、我々は第６次の医療計画のときから、医療機関そのものを見直して、どうやって、ある程度、県の中を区切ったエリアの中をどう捉えて医療を提供していくのかに関しては、都道府県にしっかり考えてほしいということを、地域医療構想策定の前から言っておりますし、今に関しては地域医療構想を実現していくということで、2025年までにそういう再編・統合も含めて考えていっていただくことを強く申しておりますので、将来的には二次医療圏が第８次医療計画で見直されることになりますと、これに関してはかなり考える単位が変わりますので、医療提供体制ごと医師確保を見直すきっかけになりますし、実態により合わせていただくということが理想ですし、そういうことも可能なのかなと考えています。
○福井構成員　原則的にはこれで私も納得しています。１点だけ、事務局にはまた無理なお願いかもわからないのですけれども、同じ三次医療圏といいましても、町村の多い三次医療圏と大きな都市の集合の三次医療圏があるわけで、そうしますと、必要な医師の中でプライマリ・ケアを行う医師の割合などが随分違ってきますので､医師の総数だけでなく、専門性についても加味されるような、そういう指標があるといいと思います。簡単にはできないことは承知の上で、意見です。お願いです。
○片峰座長　どなたか、答えられますか。
　よろしいですか。
○松本地域医療計画課長補佐　第22回でも御説明いたしましたとおり、まずは医師総数に関する偏在指標で進めていきますけれども、来年ということで申し上げましたけれども、診療科別に関して、需要との結びつきなどを試みて、また議論をしていただくようなベースをつくっていくことを考えておりますので、それに関しても引き続き手を打っていくということだと思っております。
○片峰座長　それでは、とりあえずここで切りまして、２つ目に移りたいと思います。
　資料２ですね。御説明をお願いいたします。
○奥野地域医療計画課長補佐　事務局でございます。
　資料２を御説明させていただきます。「医師確保計画に基づく医師偏在対策の実効性の確保について」でございます。
　２ページ、先ほど御説明を差し上げた一連の流れになりますが、主には施策を具体的にはどうやっていくか、PDCAサイクルをどう回していくかということをこの資料で御説明させていただければと思います。
　３ページ、医師確保計画につきましては、基本的には３年後、初年度に限っては４年と

いうスパンでローリングをして改定していくことを考えておりますので、基本的にはこの３年の中でPDCAサイクルを回していくことになってまいります。その中での課題ということで論点を挙げさせていただいておりますが、まず、計画を策定する段階におきましては、その計画の策定プロセスをどのように設計していくか。これは具体的に実効性のあるものとしていくためにもどういうものをかませるべきかという観点から検討が必要かと思われます。続きまして、計画に基づく対策の実施に関しては、個々の対策の効果をどう高めていくかということで、国のほうでいろいろな政策についてはお示ししておりますが、それがきちんと実効性あるものになっていくためにはどういった工夫があり得るのかということを御紹介させていただければと思います。対策の効果検証の段階につきましては、どのように効果を測定していくのかというところが論点になってこようかと思います。その上で計画を見直して、３年ごとに改良していっていただくといった流れを考えているところでございます。

４ページから、策定プロセスについての御説明でございます。

５ページ、今回の法改正で策定している規定によりますと、医師確保計画に基づく具体的な偏在対策につきましては、地対協において必要な協議を行い、対策を講じることとされております。しかしながら、こういったプロセスにつきましては、計画の立案段階からしっかりと地対協がかんで策定していく。これが実効性を高める上では必要であろうと考えまして、一番下、四角の中の２つ目の矢印でございますが、都道府県が医師確保計画を策定するに当たっては、地域医療対策協議会に計画案の共有を行うこととしてはどうかとさせていただいております。この作成段階での関与をしていただいた後に、医療審議会で意見聴取をし、計画を策定していくという流れを考えております。

６ページ、少し細かい話ではございますが、計画の策定プロセス、事務的な調整のストーリーでございます。まず、国におきまして、医師偏在指標を算出します。その後、都道府県間の流出入につきましては、調整をすることを議論させていただいておりましたので、これを一度都道府県のほうに御提示して調整をさせていただきます。それを国に戻していただきまして、医師偏在指標が確定することになってまいりまして、この後、やっと医師多数区域・少数区域の設定が正式に決まってくるわけでございます。それを踏まえまして、また、都道府県にお戻しさせていただいて、医師確保計画を立てていただくというプロセスを考えているところでございます。

７ページ、スケジュール感はお示ししているとおりでございまして、今年度内に、今、行っていただいている議論を取りまとめさせていただきまして、ガイドラインを国から出させていただきます。それと同時に医師偏在指標を都道府県に御提示させていただいて、これは流出入調整前でございますが、その前段階のものを御提示して、年度が明けましたら流出入調整を行っていただきまして、７月ごろに医師偏在指標を確定する。その後、我々のほうで都道府県に対して説明会を行うなど、しっかりとこの医師確保計画が策定されるようにフォローアップをさせていただきながら、策定を進めていただきまして、31年度内

に確保計画を公表していただく。32年度からその対策が開始するという流れを考えてございます。

８ページ、一例でございますが、都道府県向け研修がございますよという一例でございますが、これに限らず、あらゆる機会をとらまえて、都道府県さんもしくは場合によっては各医療機関などでの御説明なども組み合わせながら、丁寧に対応していきたいと考えている次第でございます。

９ページから、個々の偏在対策の効果を高める方法でございます。

10ページ、過去の資料でございますが、基本的に３年ごとに見直していくローリングしていく計画と、長期的に目標を立てて主に養成数をどうしていくかという、２つの軸という対策がございます。

11ページ、いずれにいたしましても、医療法上、医療関係者は地対協で協議が調った事項の実施に協力する努力義務が課されておりますので、こうしたもので法律上の担保をしているところでございます。しかしながら、それだけではなく、実効的になっていくように、さまざまな工夫が必要であろうと思っております。

12ページ、今、いろいろなところから好事例を我々のほうも収集させていただいているところで、そういったものをベースに、例として挙げておりますが、例えば、地域枠学生を確保するためにはどういう方法が必要なのかということを提示させていただいております。例えば、前回御議論いただいたとおり、選抜の方法を別枠で選抜するといったこと。あるいは、２つ目にございますとおり、地域枠の魅力のしっかり高めて、医師に来ていただくことを進めていくこと。あるいは、３つ目、４つ目にございますが、県の職員あるいは同窓会組織を設立する等、個々の医師それぞれにしっかりと関与していってきめ細かな対応をすることが非常に大事だという御意見もございました。あるいは、「地域の医師は地域で育てる」というコンセプトのもと、大学や医療機関等も含めた全体で支えていくということで、地域医療の教育が大事だというコメントも幾つかございましたが、そういったことで厚労省としても必要な支援をさせていただきながらやっていくということかと考えております。あくまでもこういった例がこれまで出てきたよということでございまして、あらゆる好事例をしっかりと横展開させていただくといったことが重要かと思っておりますので、そういったことはきちんとフォローアップをしていきたいと思っております。

13ページ、先日、通知を出しましたということで御紹介するものでございまして、地域枠の入試、選抜の方法について、前回御議論いただいたことに関する通知ということで御紹介させていただいております。

14ページ、また、キャリア形成支援の内容について、これも過去の資料でございますが、きちんと大学の医学部においてしっかりと職業生活設計に関する意識の向上に対する取り組みを実施していきましょうということで、国としてもしっかりと都道府県とタッグを組みながらやっていくということかと思います。

15ページ、続きまして、効果測定・評価についてというところでございます。

16ページ、目標医師数の考え方。

17ページ､偏在指標の式ということで､過去の資料をつけさせていただいておりますが、基本的には医師偏在指標を使って目標指数を定めて、それに向かって対策を立てていただくということにしております。

18ページ、１つ目の矢印のところ、医師確保計画を通じた医師偏在対策の効果については、計画終了時点における偏在指標の値に基づいて測定・評価をするということで、あくまでも指標に基づいた評価が適切であろうと考えております。こういった値は各種調査等に基づくことになってまいりますが、これができる限り正確に評価できるような調査・集計手法については検討することが必要ではないかと考えております。また、こうした評価に基づきまして、しっかりと分析をして、次期医師確保計画の計画策定・見直しに反映させていただく。その評価結果をきちんと記載することが実効的にPDCAを回すことにつながっていくと思っております。

19ページ、お示ししておりますのが、こういった運営につきまして、国においても支援が必要ですよということでございますので、先ほど申し上げましたが、都道府県間の相互理解の促進や好事例の横展開などに必要な情報共有の仕組みを国レベルでしっかり構築していくこと。あるいは、医師偏在対策のフォローアップをさせていただきまして、対策の実施状況や実施の支障になっている事項等を把握する。また、先ほどの地域医療構想と整合的になっているかという論点についてのフォローアップも、こういったところであわせてさせていただくことも有効かと思います｡また､地域住民に対する情報提供の観点から、地域の医師偏在の改善状況を可視化して公表していくことも有用ではないかと考えております。

簡単ではございますが、以上で説明とさせていただきます。

○片峰座長　ありがとうございます。

それでは、御議論をお願いいたします。

今村構成員。

○今村構成員　ありがとうございます。

質問がございます。

６ページのプロセスなのですけれども、今後は、この右側の下にある棒グラフのところで、少数区域と多数区域を区別するための下位○％、上位○％、ここに具体的な数字が入っていくことになるのだと思うのですけれども、これは３年ごとの計画で必要に応じこの数値を修正しないと、１回決めたらずっとそのままの数字でいくのかどうかということをまずは教えていただきたいのです。

○奥野地域医療計画課長補佐　お答えいたします。

今の段階では、動かすという前提を置いているわけではございませんが、状況を見ながら、例えば、すごく改善が進んでいるような場合にずっと同じ基準にするかという論点はあろうかと思いますので、それはそのときの議論によるかと思います。

○今村構成員　ありがとうございました。

こういう仕組みがきちんと機能していくと、順位は１番から300数十番までつくのですけれども、下のほうの数字がどんどん改善してくると、順番が入れかわって少数区域から今度は中程度のところになるとかという、そういう出入りが相当起こってくると、県はその都度、今度は中程度の計画をつくるとか、そういうことをやっていかなければいけないということになるわけですよね。県にそういう仕事が発生するということは間違いないですよね。

○奥野地域医療計画課長補佐　その可能性も十分ございますので、それで入れかえが起きれば新たに策定していただくことになります。

○今村構成員　そういった場合、国が出される医師偏在指標が速やかに出てこないと、県でもそういう準備ができないことになるので、この国の偏在指標は、今回はこの７ページのスケジュール感で大体わかるのですけれども、ある程度機能してくると相当速やかに出せるようになるのでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐　この調査、データにつきましては、例えば、三師調査等のデータ等を使わせていただいておりますが、その集計タイミング等がうまく合ってこないと出てこないということではございますが、その集計の方法なども適宜見直しをして、できるだけ早く広まるように工夫をしながらやっていくということで、そこは都道府県さんと対話をしながらやっていくということかと思います。

○今村構成員　ありがとうございます。

申しわけありません。あと一点だけお願いします。

地域枠の学生に対する県の働きかけということで、14ページの下のほうに、考えられる具体的な取り組み例ということで書いてあるのですけれども、これだけを見ると余り県の役割が明確ではなくて、12ページの矢印の３つ目に、ここに初めて、論点という形ではありますけれども、都道府県の担当者が地域枠の学生と関係を構築していくことの重要性という記載があって、私はぜひこれをしっかりと、いわゆる論点ではなくて、例えば、実際に相談するとか、アドバイスをするということを、早目に県の方が地域枠の学生にそういう働きかけをできるようにしていただくことが大事かと思っています。

いろいろ伺うと、卒業の段階になって、修学資金を受給しているのだからあなたはここに勤めるの当然というようなことを言われて、そういった地域枠の学生が非常に悪感情を持たれるなどのことがあって、あくまでも担当者の方が本当に地域に残ってもらうために温かく相談に乗ったり、アドバイスをしていただくということを徹底してやっていただきたいと思います。

○山口構成員　さっき三師調査の話が少し出たのですけれども、この18ページを見ますと、医師偏在対策の効果測定・評価についてということで、これはしっかりと効果がどれぐらい出ているかということを見ないことには、次の段階の計画というところに持っていけないのではないかと思っています。ところが、以前にも議論があったと思うのですけれども、

例えば、フリーランスの医師が一体どれぐらいいるかということについても、どこも今は把握できていないという話を聞いていますと、どの医師がどこでどんな働き方をしているのかということがしっかり出てこないことには、実態が見えないのではないかと思います。

今、２年に１回、三師調査が行われているということですけれども、例えば、これを１年ごとにして、せっかく調査をするわけですから、もう少しそういう実態が見えるような三師調査のあり方ということを考えてデータベースに結びつけていくことができないのかと思ったのですが、いかがでしょうか。

○片峰座長　どうぞ。

○石丸医事課長補佐　ありがとうございます。

今の御指摘で、例えば、フリーランスの医師の実態が、今の三師調査の中で見えるのか、見えないのかということがございましたけれども、もちろんこのフリーランスという定義もなかなか難しいところがありますが、今度、平成30年12月31日時点の医師の状況を三師調査ということで調査することになっておりますけれども、そのときにこの調査票の見直しを行っておりまして、その中で、まさに働き方の実態というところで、従事先、これは当然医師の場合ですと複数の従事先があるような場合も当然出てくるわけでございますけれども、そのようなときに、例えば、実際、主たる従業先で１週間にどのぐらい働いているか。具体的には、勤務状況、勤務日数が週に何日か。それから、例えば、宿直とか日直とかの回数がどのぐらいかということ。もちろん主たる従事先とさらには従たる従事先、これはたくさんあるような場合は当然あるわけですけれども、その従たる従事先も当然勤務日数がどれぐらいか。さらには、その中でどのぐらい従たる従事先の件数があるかといったところも精緻に把握できるようにというところをさせていただいているところでございます。

もう一点、タイミングのお話はありましたけれども、今の三師調査は、医師法に基づく医師の届出が２年に１回規定されております。それに基づいてやっている調査ですので、そういったところの調査の把握は、それとひもづいてやれるものとやれないものとあると思いますので、そこは整理をしていきたいと思っております。

○片峰座長　どうぞ。

○山内構成員　大筋はすごくわかってきたのですけれども、こだわって申しわけないのですけれども、この偏在指標の中で、どうしても診療科の偏在がどうなっていくのかということを非常に不安に思っております。例えば、医師が足りないからというところで、お産をするような人口がないところに、人がいないところに産科の医者が配属されていても、それは本当にリソースの無駄遣いになってしまったりということがあって、診療科の偏在を入れていっていただきたく思っていて、22回の分科会の中で、資料２－３「将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について」ということで、ここの中で少し具体的に診療科ごとのことを入れていただいていて、最後のところで、将来の診療科ごとの医師の需要の明確化に当たっては、診療科と疾病・診療行為などを作成するのに必要なデータの整理を行

う必要があるということで、ここで入れていただいているのですけれども、それがこの長い時間の計画の横軸の将来的な見通しの中で、それがどこにおいて、どの時点でそういったものを用いてやっていけるようになるのかということの具体的なプランが見えてこないので、大変なのはわかるのですけれども、それはいつごろどういった形で行われていくことになるのかということを教えていただきたいなと思っております。

この17ページに出ている医師の偏在指標、ここだけで、どんどんこの数だけで物事が進んでいくと、診療科の偏在がいつまでたっても直されてこないという形で、本当に今、医師のトレーニングは非常に専門性になってきておりますので、そういった意味で、リソースの無駄遣いというか、きちんとした配分が行われないことを懸念しております。

いかがでしょうか。

○片峰座長　どうぞ。

○石丸医事課長補佐　今、診療科別の必要医師数の御指摘をいただきましたけれども、先ほど事務局から御説明させていただいたとおり、まずは全体の医師偏在指標をやる、それに加えて産科・小児科の医師偏在指標をやっていくということですけれども、いずれにせよ、診療科別、都道府県別の必要医師数をこれから整理させていただくと言わせていただいておりますけれども、先ほどスケジュールを御説明しましたけれども、今後は当然今年度中にこの医師偏在指標が出てくるという中で、当然今年度中に医師需給分科会の中で、先ほどは難しいところもあるという御指摘もいただきましたけれども、どこまでこれはできるかというところはありますが、またこれは引き続き議論をさせていただきたいと思っております。

○片峰座長　どうぞ。

○堀之内構成員　堀之内です。

今のところにかかわるのですけれども、まず、総論としては、こういうふうにデータが上がってきて、定期的に見直しができる状況になるというのは非常に望ましい状況だと思います。私は算数がそんなに得意ではなくて、この医師偏在指標を、例えば、私が県の担当者だとして、あなたの県がいまいちだよと言われたときに、県の担当者はまず何をしそうですか。例えば、そこで地域枠の学生を地域に定着させようというところが一番インパクトがあるのか、それともちょっと違うところに手をつけようとするのか、どういうところを想定していらっしゃるのかなということを伺いたいのですけれども、これでいくと、例えば、地域枠の学生さんが研修の先生で、お医者さんが確実に残ると、結構達成できそうなものなのかどうかというところです。

○堀岡医師養成等企画調整室長　ありがとうございます。医師養成室長でございます。

普通に考えれば、我々は今までもずっと客観的なエビデンスをお示ししていますけれども、私も県に出向していたことがありますけれども、普通に考えれば、まず、多分最初にすることは、地域枠の学生なり自分のところの大学の学生に、例えば、初期臨床研修をうちの県でやらないかということとか、意欲的な県は、交流する会とか、ちゃんとそういう

ものを定期的に持っておりますので、そういうものに力を入れていくということがあります。

例えば、山梨県などは、ことし臨床研修の定着が１位になりましたけれども、かなり地元の学生を中心に地域枠をとっていて、臨床研修は、一時期人気がなくて非常に逃げていた時代もあるのですけれども、今は非常に定着しているという例があります。

データで今までもお示ししましたとおり、臨床研修をそこの県でやると、その後、残る確率が高いというデータは明らかでして、それは都道府県にもお示ししておりますので、まず、普通に考えるとそういうものは考えられるのではないかと思います。

○堀之内構成員　その中で、先ほどの12ページに出てきました地域定着というところなのですけれども、これは、今、挙がっている項目を、今から研修する側の目線で見ると、すごく地域に密着という印象があって、一方で、地域に縛られる印象がないかなと。若い先生方の国内留学を考えたい等という一般的な希望が余り盛り込まれていない。最初から最後まで、臨床研修を初めてリタイアするまでその地域に骨を埋めるみたいな覚悟が、この若い段階でできるのかなということが、それで敬遠されたりしないかなということが若干心配なのですけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長　どうぞ。

○松本地域医療計画課長補佐　今、堀之内構成員の御指摘のところ、キャリア形成プログラムのつくり方ということで、前回、幾つか事例なりを出させていただきましたり、御議論いただいたところでございますけれども、まさに御指摘のとおり、地域に縛るというイメージにならないように、事例としましては、トレーニングを三次の施設でちゃんとやるとか、ほかの県の事例では、国内留学または海外留学ができる枠をつくっている地域枠もありまして、地域枠だからずっと地域にというものではなくて、専門性の構築とか幅広い医師としての見聞を広められるようなものも組み合わせている都道府県は既にございますので、そういうものをきっちり横展開というところも大事ですけれども、まずは何をやっているかを共有して、うちの県はこれができそうだというものを、ハードルを下げていって、それに対してきっちりできるような支援をしていくということが非常に重要ではないかと考えておりますので、委員が御指摘のところに関して、国も汗をかくし、各都道府県が汗をかけるような環境も整備していくことが大事ではないかと思っております。

○鶴田構成員　幾つかの感想と１点提言をしたいと思います。

感想としては、過去、一県一医大構想があったときは10万人当たり150人という目標を決めていました。今、10万人当たり200人を超えても各病院には医師不足感があります。静岡県の病院に我々が何人欲しいですかと聞くと、多くの病院が現在の常勤医数の大体１割から２割ぐらいを要求されます。今回のこういう医師不足地域と過剰地域の医師確保計画を立てるときには、平均を目指すということになりますね。医師数の多いところは少なく、医師数の少ないところは多くするというと、目指すのは大体真ん中を目指すというようなことにもなると思うのですが、そこで提供される医療の質をどうするかということがない

と、目指す医師数は、本来はわからないだろうと思います。これは感想です。

次に、都道府県間の調整、相互理解の推進と書いてありますけれども、これは大変難しい。各都道府県がそれぞれの立場を主張するから、かなり難しいだろうと思います。

現在、病床の規模によって医師の数が全然違います。医師数の多い地区の病院は、大学とか､もしくは都道府県の県立中央病院がそれに該当すると思いますが､そこの医師数は、少ないところは300人ぐらい、多いところは1,000人になります。例えば、その大学に常勤医師の１割は出してくれとか､都道府県病院に常勤医師の１割は出してくれと義務付ける。派遣した病院に対して、国が財政支援を幾らかしてもらう、そういう方法を検討していただければどうかなと思います。静岡県内の病院の医師数を見ると、10人以下という病院が６割５分ぐらいあります｡そういうところは､１人でも来れば10％のサポートになります。５人しかいないところに１人出せば、20％サポートになります。そのほうが、医師が少ないところにはすごく役立つという実態があるので、そういう大きな病院には、ある程度の派遣する義務を課す方策も考えてもらったほうが実効性があるのかなと思います。

意見です。

○片峰座長　どうぞ。

○中島構成員　ありがとうございます。

先ほどの地域枠のところで１つ。

学生にもちろん地域を好きになってもらいたいといつも思っているのですけれども、学生が地域を評価して、地域側にフィードバックをしてくれるといいなといつも思っています。そういう仕組みもこの中に入れていただけたらいいかなと思いました。

意見です。以上です。

○片峰座長　どうぞ。

○羽鳥構成員　５ページ、同じく地域枠なのですけれども、医道審議会の医師専門研修部会で意見を地域医療対策協議会から求める。知事から厚生労働省に上がってきたというものは、意見なしというところが７つぐらいあるのですよね。実際に意見なしなのかを各都道府県の会長先生にお聞きすると、地域医療対策協議会の重要性の認識が十分でないということもあるので、この地域医療対策協議会の認識が各都道府県で大分違うと思うので、これをもうちょっと国から県へ徹底していただきたいと思いますこれだけ重要なことが書き込まれてくるので、ここで本当に失敗してしまうと、各都道府県にとっては大きな痛手になるのではないかと思います。それをぜひ厚生労働省からもわかりやすく各都道府県に御指導いただきたいということが一つ。

もう一つ、医師臨床研修部会のほうになるのかもしれませんけれども、医師臨床研修マッチング協議会などで、神野先生もお出になっていらっしゃいますけれども、そこでの議論で、初期臨床はマッチングシステムが非常に完成度の高いものなので、地域枠の先生を今回は分けるということにしているのですけれども、そこでの議論を聞いていると、前回ここで議論しているのは地域枠の医師の最初から分けている場合、中に入ってから分ける

場合と幾つかあったと思うのですけれども、そういう議論では余りなくて、お金を返したから地域枠は外れたとか、そういう議論になってしまっているところもあります。その２点をよろしくお願いします。
○片峰座長　どうぞ。
○福井構成員　また難しいことばかりを言って申しわけないのですけれども、２点ほど。
　１点は、先ほど鶴田先生が言われたように、理想的な医師数とか分布というのも、どうしてもどこかの時点で考えていただきたい。単なる平均ではなく。それをぜひお願いしたい。
　もう一点。14ページに学部生段階からのキャリア形成支援という資料が出てきましたが、学生が６年間で地域医療に興味を持たなくなる理由の最大のものは、大多数の臓器別専門分野の教授によるネガティブキャンペーンだと思います。
　せめてネガティブキャンペーンをしないようにするだけで、すごく効果があるのだろうと私はずっと思っています。実際に外国でもそうでした。これは決して日本の大学だけの話ではありませんので、頭に置いていただければありがたいです。
○片峰座長　どうぞ。
○新井構成員　福井先生がいつもおっしゃることなのですけれども、今、大学も地域医療を支えることについて真剣になっておりますので、おっしゃるような臓器別の教授のネガティブキャンペーンもかなり減ってきているように思います。総合診療科とか、総合診療科的な医師の指導によって、地域医療にいかに貢献するのかを考える、さらに地域の病院に学生を早い時期に出すなど様々な努力はされております。大分事情が変わっていると御理解いただきたいなと思います。
○福井構成員　20年以上前なのですけれども、ある大学の先生が調べたら、医学部入学時にはたしか60％以上もの医学生が地域医療とか総合診療をやりたいと。ところが、卒業するときには数人になっています。そのようなデータをを出してもらえれば、役に立つのではないかと思います。
○新井構成員　２年前に改定されたモデル・コア・カリキュラムでも、地域包括ケアがしっかりキーワードとして挙げられておりますし、そういう意味では、今、医学教育はかなり変わってきていると思います。学外実習で地域の医師会の先生方にお世話になることが多く、福井先生がおっしゃる学生の思いをしっかり受け止め、学生の地域医療へのモチベーションを維持させるような体制を整えようとしています。
　１点だけよろしいでしょうか。
　11ページの記載なのですけれども、先ほど来、お話が出ていますように、医師の多数地区のある病院が、自分の病院のところに医師が足りないからどこかから医師を招聘する。あるいは、三次医療圏の中で医師の移動を考える、そういった場合に、かなり拘束力を持ってそれを実施する、そういう理解でいいのでしょうか。それとも、公的病院は義務だけれども、それ以外は努力義務ということでよろしいのでしょうか。これが本当に厳密に実

行されれば、個々の病院の経営はどうなるのかといった問題も出てくるように思うのですが、その点はいかがでしょうか。
○奥野地域医療計画課長補佐　お答えいたします。
　法律の構成といたしましては、あくまでも地対協で協議が調った事項について、公表されたものについて、一定の実施の努力義務が課されるということでございますので、先ほどの議論にあった個々のケースについては、別に地対協で協議するような話でもございませんので、そういったところに義務がかかるような話ではございません。なので、都道府県がつくる確保計画にのっとって何かやろうということに対して、一定の努力義務が課される。それはみんな合意をしているような中身のはずですので、それは努力義務が課されるといっても、地対協でみんながいいよねと言ったことをちゃんとやると。そういうスキームになっておりますので、余り意に反してぎちぎちみたいなニュアンスではないと御理解いただければと思います。
○片峰座長　どうぞ。
○権丈構成員　先ほどの話で、理想的な医師数というところで１つコメントなのですけれども、この資料の２ページのところ、何度も登場してくるこの２ページなわけですが、ここで人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標とはなっていないということで、この平均値をとって指標をつくっていくという話ではなくて、この人口10万人対医師数に、左側のほうに書いてあります５要素を反映させた形で、新しい医師偏在指標をつくって、その平均値に近づけていくということなので、どのような形で理想形に持ち込むかというときには、６要素目を入れたほうがいいとかという議論があれば彼らとしてはやりやすくなるとは思うのですけれども、そういう形ですよね。人口10万対医師数という指数そのものを変えるわけですよね。そこは違うのか。人口10万人対医師数を使うのですか。
○松本地域医療計画課長補佐　今回の医師多数区域や少数区域の設定につきましては、医師偏在指標を用いて行うということになっております。第22回にも、権丈構成員、福井構成員から御発言があったと記憶しておりますけれども､福井構成員の御趣旨としましては、この３月までの施行の中でこういうことをやるのはいいけれども、将来的に物が必要だという御議論と、権丈先生に第22回に御指摘いただいて、前回、まとめにも出させていただきましたけれども、相対的な議論をするという話と、将来のあるべき姿に関しては別途の議論が必要だということを、両方の御意見を事務局はよく理解しているつもりですので、それに合わせた議論をしていくと考えています。
　ただ、その話をしたときに、理想的な医師数といっても、動いている的を狙うような話なので、議論を継続していかなければいけないというお話があったと記憶しておりますので、どちらかというと、また議論を改めるというよりは、PDCAのようにいいものにしていくということが一つの形かと考えているところでございます。
○権丈構成員　つけ加えまして、この５要素を加えて医師偏在指標を行政でつくっていく

ことは、私は今までを考えると画期的な世界に入っているなとは評価しておりまして、多くの人たちは、この指数のところで、頭の中で人口10万人対医師数を想定した議論が、恐らくまだ世間ではずっと続いていく可能性があるけれども、ここのところはちょっと違うのだよねということはあって、意識しておいていいのではないかと思っております。
○山内構成員　今の確認なのですけれども、計算式は、この17ページのものになるということでよろしいのですよね。医師偏在指標、ここに５要素を入れてとは書いてありますけれども、ここの５要素の中に、最後のところに診療科は加えていただいてはいるのですけれども、この17ページの医師偏在指標、この計算式の中にはまだ盛り込まれていないということでよろしいのですよね。
○奥野地域医療計画課長補佐　そのお答えといたしましては、小児と産科については、また別の指標を考えておりますので、そういうバリエーションという意味で踏まえているということでございます。
○平川構成員　今の話に近いものなのですが、背景としては、10万人対医師数を骨格として変えていないですよね。それに付随する５つの項目になるわけですから、何も変わっていないというか、権丈先生は画期的だとおっしゃったけれども、全く同じスキームでやっていて、その進歩が余り感じられないということが私の感想です。
　もう一つ、先ほど小川構成員もおっしゃったように、実効性がどのぐらいあるのかとなると、それが非常にその地域枠の一部分の人たちの問題だけで、大まかなところについては特に動きがないわけですから、これだけのことを国中の人たちがやって、私たちも多分会議がふえると思うのですけれども、みんなでやってどのぐらいの効果が出るのか。何点ぐらいでどのぐらいの効果が出るのかというその辺については、どんなふうにお考えなのか、お聞かせいただきたいです。
○片峰座長　難しい質問ですね。
　どなたか、お答えは。
○堀岡医師養成等企画調整室長　話がちょっと混線しているようなのであれしますと、まず、一つは、医師不足をどう捉えるかという問題だと思います。医師数全体と診療科別の医師数の医師不足があって、医師がめちゃくちゃいても、産婦人科医師がここはいないから医師不足感があるというのは、例えば、これでは医師総数の議論をするだけでは解決しないので、診療科偏在のことは非常に何度も何度も繰り返し議題になっておりますけれども、多分そういう問題なのだと思います。
　診療科偏在については、ちゃんと我々は医師の診療科ごとの需要を踏まえて将来どういうものを目指すのかということは、今年度末を目途に出すと。これはそんなにすぐ解決する問題ではないので、診療科偏在自体は、診療科ごとの需要を出すのも難しいし、それを直すというのは基本的には医師の専門を選んでいく人をちょっとずつ直さないと、根本的には直らないので、診療科偏在は全体の医師数とは全然違う解決の仕方をしないといけないですよということが一つ。

もう一つ、とはいいながら、医師の総数で全体的な漠とした議論をするというのも、都道府県が対策をとる上では非常に重要なので、医師総数の議論も重要なのだということは、我々は強調したいなと思います。

最後に、平川先生からの医師偏在指標の人口との違いは、言うことはわからないでもないですけれども、結構違って、例えば、すごく具体的に言うと、新潟県などは、医師数自体もそんなに多くはないのですけれども、非常に医師が高齢化しているのです。医師が高齢化していると、例えば、東京みたいに30代・40代の医者がいっぱいいるところと高齢の医者がいっぱいいるところでは労働時間が全然違うので、医療需要の満たし方が全然違いますよね。そういうものが今回の指標では完全に評価されるようになるので、そういう意味ではかなり違うと思います。患者の流出入も見るので、例えば、埼玉県の昼間の人口は東京にすごく移動したりしていて、そういうものがあるわけです。そういうもの勘案した上で医師偏在指標をつくるので、今までの単純な人口というものでは、結果と考え方、両方があるのですけれども、考え方は少なくとも大分違って、正直に言うと、かなり精緻なものとなっているのではないかと思います。

それはお答えさせていただきます。

○平川構成員　私も全体の流れとしては賛成なのですけれども、ただ、先ほどの医師過剰、少数という判断でも、多いところは東京と京都と徳島ですよね。この３つが同じ多いという分類にされてしまいそうな気がするので、10万人対という考え方、人口で割るという考え方は何かひずみがあって、そこを根本的に補正するような仕組みが必要なのではないかと思うのですけれども。

○鶴田構成員　答えにくい質問だと思いますけれども、２ページの「目標医師数を達成するための施策」の中に、例として、大学医学部の地域枠を15名増員するという記載があります。静岡県では医科大学を誘致することを政策目標にしていましたが、今は毎年120名の医学生に奨学金を出すという制度になっています。県の人口当たりで見ていくと、全国平均並みで毎年、273人の医師が必要です。今、浜松医科大学の定員が120人、その差が150人近くあります。従って地域医療対策協議会で地域枠を150人と提案すればすぐ決まってしまう可能性があるのですけれども、最終的に国としてはどういう判断になるのですか。トータル数は変えない。もしくは減少するという方向で、今、決まっているはずですけれども、県によっては、そういう極端に医師養成力が少ないところで地域枠150人との結論を出されても、国としても大変かと思うのですが。

○堀岡医師養成等企画調整室長　34年以降の医学部定員自体を全部ガラガラポンするときのお話だと思いますけれども、まさに鶴田構成員がおっしゃったとおり、例えば、静岡もそうですし、先ほど話題になった埼玉とか、新潟とか、そういったところは、地域枠の数がある程度のボリュームで必要になるという結果が出ることは十分に考えられます。それについては、34年度、医学部養成の方針をまたここでも議論しますけれども、きちんとそのような必要に応じた数ができるようにやり方は定めますけれども、鶴田先生がおっしゃ

るように、まず、浜松医大に今まで以上に御協力いただくということが、静岡県で御努力いただくことはありますけれども、それとは別に、またいろいろな大学に御協力いただかないといけないような事情もあるかもしれません。その結果、なるかもしれませんけれども、そういったものを支援するような取り組みを文科省と連携して進めていきたいと思います。

○片峰座長　それでは、時間も押しましたので、３つ目をやらせていただいて、最後にまた何かあれば御議論いただきたいと思います。

それでは、地域枠の現状をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐　医事課でございます。

資料３「地域枠の状況等について」という資料をごらんいただければと思います。

こちらは、前回の際に、この地域枠の状況の調査、これは暫定版ということでお示しさせていただいておりましたけれども、今回、調査がまとまりましたということでお示しさせていただくものでございます。

２ページ、これは前回とほとんど同じ内容ですが、この地域枠履行状況等調査の確定版ということで調査の概要をお示しさせていただいております。

３ページ、これは全く前回と同じ資料ですけれども、途中で、前回も議論になりましたけれども、「別枠方式」、「手挙げ方式」という、新しくつくった言葉が出てきておりますので、ここの言葉についてはここで整理をさせていただいております。

４ページ、これは全体として平成30年度の地域枠、この中でも臨時定員に係るもの、それ以外のものとありますけれども、その設置の状況をお示しさせていただいております。（暫定）という言葉が残っておりますけれども、これは暫定ではございません。大変申しわけございません。

５ページ、こちらも前回からリバイスをさせていただいた部分でございますけれども、臨時定員関係の調査の結果というところでございます。これは若干都道府県さんからもいろいろと、特にこの方式の部分とか、実際の実績の数とか、そういったところ、いろいろと不確定だった部分とかはしっかり回答が返ってきておりますので、少し数字が動いております。ただ、全体としての傾向は変わっておりませんので、むしろ際立つような形の結果になっておりまして、別枠方式の確保率が95％に対して、手挙げ方式は69％になっております。さらに、離脱の状況も、別枠方式は推定の義務履行率ということでいうと94％に対して、手挙げ方式だと84％になっております。

６ページ、今回、これは新しく集計をさせていただいたものですけれども、この別枠方式の中で、地域枠の中でも対象をこの地元出身者に限定しているものとしていないものがございますので、特にこの別枠方式というところ、これの中で調査をしたというのは今回が初めてだということもありますので、この別枠の方式の中だと、この地元出身者に限定している枠と限定していない枠だと、実際にこの貸与の実績とか、離脱率とか、その辺にどのような差があるかどうかということをお示しさせていただく。その結果、ごらんのと

おりでございますけれども、この地元限定ありの地域枠は、奨学金の貸与実績、離脱率ともに成績がいいということにはなりますけれども、これは地元限定でなくても、別枠方式の中でも特に先行型というところでは、医師偏在対策として、数字も近いので、同等程度の効果があると考えられるということでございます。さらに、この下から２段目のところですけれども、別枠方式の区別型というところも、この手挙げ方式に比べると比較的良好な効果があると考えられるということでございます。

７ページ、前回、特にこの臨時定員関係の地域枠の中で、この貸与実績が悪いプログラムということで、この充足率が８割未満のプログラムを、前回は大学名を入れずに列記させていただいておりましたけれども、今回、都道府県の大学の名前入りでこちらのとおり集計をさせていただいてございます。

８ページ、臨時定員関係以外の地域枠も含めた全体の集計になります。

参考資料というところも御紹介させていただきますけれども、参考資料１「平成30年度臨時定員関係の都道府県別地域枠プログラム一覧」をお示しさせていただきます。先ほど、この充足率が８割を切っているようなプログラムを資料３でお示しさせていただいておりますけれども、これは平成30年度の都道府県別の地域枠プログラムの全体の一覧になります。

もう一枚、参考資料２をごらんいただければと思いますけれども、こちらも先ほども事務局から説明させていただきましたけれども、前回の議論も踏まえて平成32年度以降の臨時定員関係の地域枠に関しては別枠としていただきたいということで、お示しさせていただいているものでございます。

説明としては、以上になります。

○片峰座長　ありがとうございます。

それでは、御議論をお願いいたします。

○今村構成員　大変詳細なデータを出していただいて、ありがとうございました。

今、入学試験に関しては、さまざまなことが問題になっているようですけれども、基本的には文科省の監督下に入学試験はあると理解しています。現在、文科省は82大学に立入調査を行っておられると伺っておりますけれども、きょうは厚労省が調査をされたということなのでが、文科省として、立入調査の中で、地域枠の問題に関してどのような状況になっておられるか、もしわかれば教えていただきたいと思います。

○片峰座長　どうぞ。

○西田医学教育課長（文部科学省）　文部科学省の医学教育課長でございます。

今回の調査ですが、参考資料１で大学・都道府県全体の状況をお示しさせていただいておりますが、これは、厚生労働省が県に調査したもの、文部科学省が大学に調査したものを突合し、都道府県、大学に全て確認をして両省で取りまとめた調査の結果として出させていただいているということでございます。

○今村構成員　私が申し上げたかったのは、直接文科省として大学に行かれて、つぶさに

細かいやりとりでいろいろとこのことについて意見交換をされたり調査をされたのかどうかということでありまして、これはどうですかという問いかけだけを投げて、返ってきたものをただここに上げているのかどうかということをお伺いしたいという趣旨です。
○西田医学教育課長（文部科学省）　全ての大学に網羅的にお伺いしてお話ししたということはありませんが、この問題はことしの夏ごろから国会でご議論いただき、また附帯決議をいただいたりしていますので、私どもは幾つかの充足実績が余りよくないとされている大学にはお伺いして、状況をお聞きしております。

今回の参考資料１としてお出している資料の基となる調査は、実績という形で数値を確認させていただいたものですが、それとはまた別に、何校かの大学にお伺いして、状況をお聞きし、積極的な取り組みをお願いしているということはございます。
○山口構成員　前回、この手挙げ方式ということに対して、ずる方式だと申し上げたら、幾つかのメディアで取り上げられてしまって結構反響がございました。その一つとして埼玉医科大学の学長から連絡がございまして、埼玉医科大学は手挙げ方式だけれども100％充足率を確保しているのだということで、地域枠の学生は、選抜した後、入学した後に１年生の段階できちんと意思を確認して、それも教員と県の職員で面接をして、学生の意欲を確認した上で入学後の成績とか生活態度を加味して選抜しているということで、充足率も100％だということをお伺いしました。埼玉医大の名誉のために、数少ないずる方式ではないところもあるのだということ、それから、埼玉医科大学は別の理由で次年度からの選抜の方式は手挙げ方式ではない方式に既に変えることを決められたと伺いました。それをこの場で報告しておきたいと思います。

その上で、今回、厚労省からも文科省からも通知を出されたということなので、実際にどういうふうに選抜をされたのかということの確認をどうなさるおつもりなのかということと、その確認した結果はどこで報告されるのかということをお聞きしたいということが一つ質問です。

今の資料の中の４ページを見ていただくと、選抜方法は別枠方式・手挙げ方式とあるのですけれども、その下に「その他方式」とあって、まだ何かあるのかと思って確認したところ、これは各都道府県で設けている枠であって大学の枠ではないということなので、本来ここに入れるとややこしくなって外すべき文言だったのではないかと思いますので、そこのところは事務局からも説明していただきたいと思います。

もう一つ、昨今、医学部の選抜方法が問題になっている中で、神戸大学で、地域枠の中で、へき地出身者に募集要項に書かずに無断で25点加点をしていたということが公表されて、文科省からも不適切だという御発言があったようです。ただ、募集要項に書いていなかったことは私も不適切だと思うのですけれども、地域枠という従来の考え方からすると、そのへき地出身者を優遇することについては、本当に一刀両断で不適切と言っていいのかどうかということは疑問を感じているところでもあります。私は事務局にこのあたりのところを明確にしていただきたいのですけれども、例えば、募集要項にしっかりと書かれて

いれば、そういうことも許されるということなのか。そのあたり、お答えをもしいただけるとしたら、先ほどの２つの質問を御説明いただきたいということとあわせて、３つ、お願いいたします。

○片峰座長　盛りだくさんですね。どなたか。

どうぞ。

○石丸医事課長補佐　先に調査の「その他方式」の御指摘をいただきましたので、そこは事務局から説明をさせていただきます。

資料３の４ページのところかと思いますけれども、「その他方式」がありますけれども、もともとこれは調査として各都道府県に平成30年度の各地域枠の状況ということで調査をしました。その中で、これは必ずしも大学とひもづいていない、例えば、全国を対象にして地域枠を募集するという地域枠も含めて調査をさせていただきましたので、そういう意味では、ここに一緒に入れるとこういったものがややこしくなるのではないかという御指摘は確かにごもっともだと思うのですけれども、調査をしてしまった以上、なかなかお載せしないわけにもいかないというところもありますので、ここは説明する際には、今後、しっかり説明をさせていただきたいと思います。

それから、これは厚労省としてということでございますけれども、先ほど神戸大学の件についてお話がございましたが、そもそもこの医師需給分科会の議論の中でということでも、例えば、地元出身者の方が、その地域に残ってその地域の医療に従事をしていくような、そういった定着率とか、意欲も含めてなのだと思いますけれども、そういった意味で適正が高くて率も高いのだということを思って、この地元出身者というものを特別に地元枠ということで選抜するということ自体も、今回の医療法のことも含めて推進させていただいているという立場ですので、そういった意味でいいますと、「へき地」と先ほどおっしゃいましたけれども、そういった医師の少ないような地域の出身者、そういった方でしっかり地域医療に従事をしたいという意思を持った方を優遇といいますか、優先して選抜をして、しっかりとそういった方が医学部に入って、その後、地域で貢献いただくと、大学の選抜の中でしていただくということは、むしろそういう意味では望ましいのではないかと思っております。

○山口構成員　文科省で不適切だとおっしゃったのは、募集要項に書いていなくてそういうことをしていることが不適切なのであって、きちんと書いていれば問題はないと受けとめてよろしいのでしょうか。

○西田医学教育課長　神戸大学の件につきましては、おっしゃるとおり、先日、神戸大学が文部科学省の調査でも指摘を受けたということで記者会見をし、状況を発表されたものでございます。文部科学省としては、今、全体の医学部の入試の状況を調査しておる最中で、来月にも最終的なまとめをする予定でおります。AJMCさんでも入試の公平性・公正性に関する規範をまとめていただいておりますし、私どもはその前の月に中間まとめという形で出させていただいています。

私どもの中間まとめでは、募集要項であらかじめ説明していないにもかかわらず、特定の受験者を、合理的な理由なく、合格または不合格とすること、それから、募集要項であらかじめ説明していないにもかかわらず、合理的な理由なく、性別、年齢、現役・浪人の別等の属性に応じた一律の得点調整や取り扱いの差異の設定などを行うこと、これを不適切と言っております。

AJMCさんの規範でも、地域枠についてまとめていただいていまして、地域枠といえども性差で一律的に合否判定に差異をつけることは不適切となります。しかし、その他の要件に関しては、社会に説明できる範囲内で入学試験要項に明確に記載すれば施行できますという形でまとめていただいています。

個々の事柄に対してどうかということを私が申し上げるのはそれこそ不適切かもしれませんが、神戸大学が実際に行っていたことについて不適切だと考えている部分は、第１に募集要項に何も記載していなかったことだと考えております。

○片峰座長　明確にお答えいただきました。

どうぞ。

○山口構成員　もう一つの質問にもお答えいただけますか。今後の選抜方法の確認と報告についてです。

○西田医学教育課長（文部科学省）　今回、30年度の地域枠の充足状況を厚生労働省と共に、県、大学に確認をさせていただいて、このような形でまとめさせていただきました。

前回も申し上げましたが、これまで私どもはフォローアップをちゃんとやっておりませんでした。そこは私どもが至らなかった部分だと思っておりますので、今後は、31年度入試の状も同様に把握をして、必要に応じてこの場でも御報告をさせていただく。そして、30年度、31年度の状況を踏まえた上で、32年度以降の方針を考えていくということで対応させていただきたいと思っております。

○片峰座長　最後に、鶴田先生、小川先生の順で簡単にお願いいたします。

○鶴田構成員　静岡県の場合は、県外の７つの大学に34人の地域枠を持っていますが、我々としては大学に対してはお願いする立場なので、そう強く言えない。今回、文科省と厚労省から文書を出していただいたことには感謝を申し上げたいと思います。また、引き続き確実にその34人が取れるよう大学に御指導いただければありがたいと思います。

ありがとうございました。

○小川構成員　山口構成員のお話しになったことは非常に重要で、この医師需給分科会で地域枠は非常に効果があるということをずっと言ってきたわけです。それにあの事件はブレーキをかけることにならないかということで、極めて危惧をしております。それが１点。

それから、第23回分科会、過去の分科会ですけれども、資料３－２、４ページ、これは、新医師確保総合対策、緊急医師確保対策の増員分を２年間延長するということをこの医師需給分科会で決めたものでございますけれども、皆さん、これは認識していましたか。ついこの間、私は事務局から聞いて初めてわかったのだけれども、新医師確保総合対策と緊

急医師確保対策のスキームと、その上にある新成長戦略でのスキームは全く違うのですよ。新成長戦略は地域枠と研究医枠と歯学部振替枠という３つ、ちゃんとこれをやれば定員をふやしていいですよというものだったのです。ところが、前の新医師確保総合対策と緊急医師確保対策はそういうことは述べられていないわけで、多分ここにいる委員さんみんなそういう認識だと思うのですけれども、このただ黄色いところが２年延長されたのだと認識していたと思いますけれども、皆さん、そうですよね。

これがこの新成長戦略のほうに入っている。ですから、２年前から上に入っている。そしたら、これはスキームが違いますから、何をしなければならないかというと、入試の募集要項をこの時点で変えなければいけないのです。変えなければならなかったのです。ところが、各大学にそういう通知が来ているかというと、全く来ていないのですけれども、その前のとおりやっていたわけだから、そこからルール違反なのですよ。ですから、そういうふうにルールが変わって、このスキームが変わったのだったら、緊急医師確保対策、新医師確保総合対策のスキームと、新成長戦略のスキームが全く違うわけですから、この段階で各大学は入学試験の募集要項と入学試験を変えなければならなかったはずなのです。ところが、そういう情報は一切国から大学にはもたらされていない。今回、多分、参考資料２で厚生労働省医政局から文部科学省高等教育局にお手紙が行っているようですけれども、今回、初めてここのところに踏み込んだということで、ですから、どうなのかなということなのです。

○堀岡医師養成等企画調整室長　ありがとうございます。

資料３－２の４ページ、これは極めてややこしい御説明になるので、端的にわかりやすく言いますと、この黄色と赤というのは、非常に医学部増員のスキームを政府の中でややこしくやっておりまして、黄色のところは新医師確保総合対策というもので、その後、新成長戦略という閣議決定を根拠に医学部定員をふやしているのですね。ちょっとだけ誤解があるのは、この青の部分の増員ではなくて、黄色の部分の増員は地域枠で増員しなければいけない枠なのですよ。確かに平成20年とか平成21年のときは、恒久定員増もやっていて、４ページを見ますと、恒久定員増で、例えば、神奈川とか和歌山の恒久定員増もやっているのです。そちらは確かにおっしゃるとおり地域枠ではなくても恒久定員増なのですけれども、この上の医師確保が必要な地域などの増員は地域枠の増員なのです。なので、赤でも地域枠の増員なので、ここの黄色から赤の入れかえは基本的には同じなのです。基本的には地域の医師確保のためのものを振りかえていて、その根拠となるものを新医師確保総合対策から新成長戦略の根拠でやったものでございまして、極めてこれは行政的な、テクニカルなものでございます。

実質上、例えば、30年からいきなり全部別枠で地域枠にしなければいけなくて、受験要項を全部変えなければいけなかったとかではなくて、もともとこの上の部分の黄色マーカーも地域の維持確保のためだったので、数として振りかえているだけでございまして、行政の根拠の違いで黄色と赤の色塗りをしているだけでございますので、今の時点で全部こ

の閣議決定の文言などを資料で出しながら御説明すれば別なのですが、今、口頭で御説明できる範囲では、今のものが一番わかりやすい御説明かと思います。
○小川構成員　もう一点だけ、この黄色のところの新医師確保総合対策と緊急医師確保対策のときに、各大学に行った文書を詳細に検討しました。だけれども、この上にあります新成長戦略のところに言っているような、例えば、このときは、地域枠をつくるのであれば何名の定員増を認めますというような書きぶりはしていないのですよ。ですから、この段階ではマストではない。確かにそれが望ましいというニュアンスは入っていますけれども。
○堀岡医師養成等企画調整室長　わかりました。それは本当に細かい御説明になるのですけれども、黄色の部分のときは、各都道府県に医学部定員全体の半分の分の奨学金を用意して、最低限このふやす分の医師確保をするような枠組みをちゃんと持ちなさいということで言ったのです。赤になると、赤の増員分に確実に地域枠を確保するような取り組みという閣議決定の文言に変わっておりまして、文言を見ると先生のおっしゃることは全く確かですが、そもそも黄色も医師確保が必要な地域とか診療科の確保を配置するための枠として、臨時増員を、青ではないですよ、この黄色の部分は、新医師確保総合対策で求めていますので、黄色も基本的に地域枠なのです。
　確かに、先生がおっしゃるとおり、確実にその枠と連合した奨学金を貸し出すようにということを強く文言で閣議決定で書かれているものは赤からなので、文言の表現の違いはあるのですけれども、いずれにせよ、地域枠について黄色と赤の振りかえを行っているというテクニカルなことをやっているところでございます。
　今度、説明に行きます。申しわけございません。
○片峰座長　文科省からはありますか。
　大分過ぎていますので。
○西田医学教育課長（文部科学省）　簡潔に申し上げます。
　この黄色の部分で措置されていた分は一旦29年度で増員期限を迎えており、それを２年間延長する際には、一旦ゼロとして考え、もう一度文部科学省から、この黄色で措置されていた分は新しく赤の枠組みで定員増を実施するが、その場合、黄色で措置されていた、例えば、10人措置されていたとしたら、大学として何人維持したいか、希望をいただき、新たに申請を正式に出していただいた上で認可をしておりますので、何の連絡もせずに勝手に振りかえたということはないと思います。
○片峰座長　地域枠として認可したのですね。
○西田医学教育課長（文部科学省）　はい。
○片峰座長　過ぎましたけれども、ここで終わってよろしいですか。どなたか、何かございますか。
　それでは、きょうも活発な御議論をどうもありがとうございました。
　本日の御議論を踏まえて、次回の進め方を事務局とも相談しながらやっていきたいと思

います。またよろしくお願いいたします。

それでは、事務局から。

○石丸医事課長補佐　ありがとうございました。

次回の議題と今後の議論の進め方については、本日いただきました御意見等を踏まえまして、片峰座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思います。

また、次回の医師需給分科会の日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきたいと思います。

○片峰座長　それでは、これで終了いたします。